

Veillez remplir ce formulaire et le retourner à votre gestionnaire de cas Ryan White avant le 31 octobre afin que les services Ryan White et ADAP continuent après le 1er novembre.

Information client

Prénom	Date de Naissance	Numéro de client ND Ryan White		
Adresse		Ville	État	Code postal
Adresse postale (si elle diffère)		Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone		Courrier électronique		

Revenu et statut de logement

Vos revenus ont-ils changé depuis votre réinscription en avril ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (veuillez fournir un mois de talons de paie)
Veillez sélectionner votre type de logement. <input type="checkbox"/> Logement permanent (appartement, maison, pension) <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Temporaire (logement de transition pour sans-abri, séjour chez des amis ou en famille) <input type="checkbox"/> Instable (abri d'urgence, prison, véhicule, rues, hôtel ou motel payé par le financement d'urgence)

Informations sur la couverture santé

Votre couverture santé a-t-elle changé depuis avril ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (veuillez fournir une copie de la carte, recto et verso)					
Assurance privée	Medicaid	Medicare	Autre	<input type="checkbox"/> Marché de l'assurance payée par le programme Ryan White	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de couverture santé depuis le (date) :
<input type="checkbox"/> Par l'employeur <input type="checkbox"/> Un particulier <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Soins oculaires <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Traditionnel <input type="checkbox"/> Expansion <input type="checkbox"/> Doublement éligible (Medicaid/Medicare)	<input type="checkbox"/> Partie A/B <input type="checkbox"/> Partie D (couverture des médicaments)	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Indian Health Service (USA) <input type="checkbox"/> Autres :	Si vous êtes sélectionné, veuillez remplir le formulaire de dépistage et d'attestation de la couverture santé.	
Nom du fournisseur d'assurance (par exemple BCBS)			ID du membre	Date d'entrée en vigueur de la police	
Nom du fournisseur d'assurance (par exemple BCBS)			ID du membre	Date d'entrée en vigueur de la police	

Signature du client	Date
Gestionnaire de cas	Date